

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 63

LA
PROCIDENCE DU CORDON
A LA MATERNITÉ DE RENNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Juillet 1919

PAR

Louis JOUVIN

Né à Granville, le 9 mars 1890

EX-PROSECTEUR A L'ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VALLOIS, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		DE ROUVILLE, pr. adj.		
		P. DELMAS, agrégé.		
		DESMONTS, ch. de c.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LA
PROCIDENCE DU CORDON
À LA MATERNITÉ DE RENNES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 63

LA
PROCIDENCE DU CORDON
A LA MATERNITÉ DE RENNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Juillet 1919

PAR

Louis JOUVIN

Né à Granville, le 9 mars 1890

EX-PROSECTEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VALLOIS, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		DE ROUVILLE, pr. adj.		
		P. DELMAS, agrégé.		
		DESMONTS, ch. de c.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON
Pathologie interne.....	DUCAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (☿)
Chimie médicale.....	DERRIEN
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBRYRAN * a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (☿) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT	RUZIERE.	LISBONNE
GAUSSEL (*) ☿.	J. DELMAS (☿).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse

MM. VALLOIS, professeur, président.	MM. P. DELMAS, agrégé.
DE ROUVILLE, profes.-adjoint.	DESMONTS, ch. de cours.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je leur dédie ce travail, bien
faible témoignage de mon ar-
dente affection.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
MÉDECIN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR VÉRON

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'UNIVERSITÉ DE RENNES
MÉDECIN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

L. JOUVIN.

Ce modeste travail est le couronnement de mes études médicales

Avant d'en aborder le sujet, qu'il me soit permis d'adresser un hommage ému et reconnaissant aux Maîtres dont j'ai eu le bonheur de recevoir le précieux enseignement

Il m'est particulièrement agréable de mentionner que mon premier maître, ce fut mon père, et que c'est lui qui me dirigea, des bancs de son école primaire, vers le Collège et la Faculté. Assurer mon avenir a toujours été sa grande préoccupation. Puisse-t-il recevoir aujourd'hui la récompense de son incessant labeur.

A mes professeurs du Collège d'Avranches, vont mes sentiments de vive gratitude.

De l'Ecole de Médecine de Rennes, je garde le souvenir le plus cher ; et à MM. les Professeurs Le Damany, Dayot, Le Moniet, Marquis et Chevrel, je dois une profonde reconnaissance.

Je ne saurais oublier que M. le professeur Lautier me fit l'honneur de me choisir, après concours, pour être son premier Prosecteur, alors que je débute seulement dans l'étude de l'anatomie. Qu'il soit aujourd'hui remercié de la bienveillante sollicitude avec laquelle il guida mes travaux.

A M. le professeur Véron, je suis tout particulièrement redevable, ayant eu l'inestimable avantage d'être son externe pendant une année et, ce qui est plus appréciable encore, de remplir les fonctions d'interne pendant près

de six mois dans son si intéressant service de la Maternité.

C'est au cours de ce stage, trop brièvement écoulé, qu'il me fut permis d'acquérir une précieuse pratique dans l'art difficile des accouchements.

Les circonstances ont voulu que, depuis plusieurs mois déjà, j'aie été à même de me rendre compte, personnellement, de l'extrême importance de cette branche spéciale de notre pratique médicale journalière. Elles m'ont fait d'autant mieux apprécier la valeur de l'enseignement reçu.

C'est à la Maternité de Rennes enfin, et sur les indications de M. le professeur Véron que je rédigeai cette thèse inaugurale.

Elle était déjà prête lorsque se déclencha l'horrible guerre et c'est volontairement que le champ d'observation a été limité à la période qui a précédé l'époque troublée que nous venons de traverser, laissant à d'autres le soin de traiter l'histoire de la dystocie pendant la guerre.

Au cours de la période terminale de mes études enfin, il m'a été donné de suivre pendant quelque temps le brillant enseignement des Maîtres distingués qui honorent la Faculté de Montpellier.

A la Maternité en particulier, les intéressantes cliniques de M. le professeur Vallois m'ont permis de me perfectionner encore. Qu'il daigne recevoir, ainsi que MM. les Membres de mon jury, l'expression de mes sentiments de vive gratitude pour le bienveillant accueil qu'ils m'ont tous réservé.

LA

PROCIDENCE DU CORDON

A LA MATERNITÉ DE RENNES

La question de la procidence du cordon est beaucoup trop vaste d'une part, et beaucoup trop étudiée d'autre part, pour que nous songions à reprendre son étude dans ce modeste travail.

Nous avons uniquement pour but d'apporter quelques éléments nouveaux, quelques observations inédites à l'appui des théories actuelles sur la pathogénie, le mécanisme et le traitement de cette cause de dystocie.

Qu'on ne s'attendé donc pas à trouver ici d'idées nouvelles sur la question, mais que plutôt l'on considère comme acquises les notions classiques invoquées par les auteurs et que nous résumerons très brièvement ainsi :

Au nombre des causes de procidence du cordon, il en est d'indiscutées, parmi lesquelles :

1°, Le défaut d'accommodation produit par viciation du canal utéro-pelvien ou par la présence d'une tumeur laissant un espace libre pour le passage de la tige funiculaire, que cette viciation tiende à l'insertion anormale du placenta (placenta prævia) ou au rétrécissement du bassin osseux ;

2° L'excès de liquide amniotique qui, en s'échappant,

produit un violent courant entraînant le cordon au devant du fœtus mobile;

3° La longueur exagérée du cordon et son insertion vicieuse, tout près du segment inférieur, facilitant sa fuite en avant de la présentation;

4° Les présentations vicieuses qui s'engagent mal et s'adaptent irrégulièrement aux parois du bassin, comme le siège, la face, l'épaule surtout; le petit volume du fœtus dont la tête ne peut remplir le bassin et admet à côté d'elle tout ce qui veut y descendre.

Quant au mécanisme de production de la procidence, il n'est pas davantage question de le mettre en discussion. Les facteurs en sont connus et assez nettement déterminés, ce sont:

1° La rupture des membranes suivie de l'écoulement brusque du liquide amniotique;

2° Les applications de forceps, pouvant produire un pincement et une traction de la tige funiculaire;

3° Les manœuvres effectuées au cours du travail et, en particulier, la version par manœuvres externes;

4° L'introduction de ballons dilatateurs dans le col utérin.

Enfin, le traitement de la procidence est aujourd'hui connu de tous, et il peut se résumer ainsi:

1° Avant la dilatation complète, réduction manuelle ou instrumentale;

2° Après la dilatation, extraction rapide du fœtus par version par manœuvres internes ou par application de forceps.

Telles sont les grandes lignes de l'étude complète de la question.

Notre travail a une portée beaucoup moindre. Nous nous sommes limité dans l'observation de cette cause de dysto-

cie en compulsant les documents de huit années à la Maternité de Rennes.

C'est dire que nous avons voulu apporter seulement une pierre à l'édifice déjà considérable de l'étude de la proci-
dence du cordon. Notre thèse a un intérêt statistique et
documentaire et rien de plus.

PREMIÈRE PARTIE

CONDITIONS DANS LESQUELLES SE SONT PRODUITES CES PROCIDENCES

I. — FRÉQUENCE

Les registres de la Maternité de Rennes accusent, depuis qu'ils existent, c'est-à-dire depuis le 1^{er} janvier 1906, jusqu'à la date à laquelle nous avons arrêté nos recherches, c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} juin 1914, un total de 2.067 accouchements, et sur ce total, nous avons relevé 26 cas de procidence du cordon ombilical, ce qui nous donne une fréquence d'environ 1,20 p. 100, soit un cas pour 96 accouchements en moyenne.

Des recherches, faites antérieurement aux nôtres, donnent des chiffres très variables, ce sont :

Mazzoni, une procidence sur 25 accouchements; Camus, 1 sur 26; Stoltz, 1 sur 53; Mme Lachapelle, 1 sur 381; Mme Boivin, 1 sur 692; Bland, 1 sur 1897.

On voit que ces chiffres sont, en général, assez élevés, mais cela tient indubitablement à ce que les recherches ont été faites, pour la plupart, dans des Maternités, là où précisément les accouchements dystociques atteignent la plus grande fréquence. On nous permettra, dès lors, de considérer ces proportions comme très supérieures à la réalité de la pratique courante.

II. — INFLUENCE DE LA PARITÉ

Sur les 26 observations qui font l'objet de ce travail, nous trouvons que, dans 17 cas, il s'agissait de multipares, et dans 9 cas seulement, de primipares.

Et ceci est en concordance parfaite avec les données fournies précédemment: la statistique de la clinique Tarnier, portant sur quarante années (1870-1910), donne, sur 220 cas de procidence, 181 multipares et seulement 39 primipares; celles de la clinique Baudeloque donnent: l'une (Gibory, 1889-1893) sur 5.500 accouchées, 2.586 primipares et 26 procidences d'une part, et d'autre part, 2.914 multipares et 48 procidences; la seconde (Perrossier, 1893-1900) sur 14.843 accouchées, 6.151 primipares et 21 procidences d'une part, et d'autre part, 8.692 multipares avec 72 procidences.

La multiparité, c'est indéniable, prédispose donc aux procidences, et nous verrons que s'il en est ainsi, c'est que:

le défaut d'accommodation du muscle utérin à la partie fœtale,

l'engagement tardif,

l'insuffisance de la sangle abdominale,

les présentations vicieuses,

se rencontrent surtout chez les multipares, et que ce sont précisément là des facteurs importants dans la production des procidences.

CHAPITRE I

CAUSES DE CES PROCIDENCES

Les causes de la procidence résidant dans « le défaut d'accommodation pelvienne au cours de la grossesse ou de l'accouchement », nous envisagerons successivement les trois facteurs qui concourent à l'accommodation :

- 1° Le canal utéro-pelvien ;
- 2° L'utérus ;
- 3° L'œuf.

I. — CANAL UTÉRO-PELVIEU

1° *Malformations et tumeurs utérines.* — Une seule de nos observations (obs. II) mentionne l'existence d'une tumeur utérine et nous n'avons constaté aucun cas de malformation.

Ce sont donc des causes rares, pour nous, comme pour Perrossier et Gibory, lesquels ne rencontrèrent : le premier qu'une tumeur utérine sur 93 cas, le second une sur 74 cas. La statistique la plus récente de Mlle Kanewsky n'en mentionne qu'une sur 210 cas.

2° *Insertion vicieuse du placenta.* — Cette cause de dystocie, créant un obstacle à l'accommodation de la présentation, n'a été notée que deux fois seulement sur nos 26 cas ; il s'agissait d'un placenta prævia dans les deux cas.

Sur 22 procidences, Guérin-Valmade en compte 4 cas; Varnier, 4 sur 27.

3° *Viciation pelvienne*. — Huit de nos parturientes présentaient des bassins viciés et toutes les huit étaient des rachitiques dont le promontoire était facilement accessible.

Proportion relativement élevée qui confirme pleinement ce que nous savons à ce sujet, à savoir que dans les viciations pelviennes fréquentes sont les causes qui favorisent les procidences: prédisposition aux présentations vicieuses et travail de longue durée.

II. — OBSTACLES VENANT DE L'UTÉRUS

L'utérus ne nous a paru, en aucun cas, être à lui seul cause de procidence. Nous tenons cependant à mentionner que, dans neuf cas, nous avons eu affaire à des multipares dont le muscle utérin, souvent distendu, s'était fatigué et ne se contractait qu'avec peu d'énergie, ne donnant par suite qu'une médiocre accommodation. Sur nos 18 multipares ayant présenté une procidence, une est à sa troisième grossesse, trois en sont à leur quatrième, deux à leur cinquième, deux à leur sixième et une à sa neuvième.

Les travaux antérieurs nous fournissent les chiffres suivants: sur 72 multipares ayant présenté une procidence, une est à sa treizième grossesse, une à sa dixième, quatorze ont accouché plus de cinq fois et cinq en sont à leur cinquième (Perrossier).

La statistique de la clinique Tarnier (1870-1910), mentionne, sur 181 multipares, une ayant eu treize grossesses; trois en ayant eu douze; quatre en ayant eu dix, et vingt-trois en ayant eu plus de cinq.

III. — OBSTACLES VENANT DU CONTENU UTÉRIN

Ici, trois facteurs sont à considérer : le liquide, le cordon, le fœtus.

1° LIQUIDE AMNIOTIQUE. — Chez nos 26 parturientes, nous relevons six cas dans lesquels il y avait de l'hydramnios. Cet excès de liquide prédispose à la procidence, il rend le fœtus plus mobile et favorise les présentations vicieuses ainsi que la rupture prématurée des membranes. Au moment de cette rupture, le liquide est sous tension, il s'échappe avec violence et entraîne avec lui tout ce qui est mobile et susceptible d'être entraîné. Guérin-Valmade, sur 22 procidences a relevé un seul cas d'hydramnios ; Varnier, dans la statistique de Lariboisière en a compté quatre sur vingt-sept procidences.

2° CORDON OMBILICAL. — Le cordon peut présenter des variations dans sa longueur, son volume et son insertion.

A. *Longueur.* — A première vue, dans notre statistique, la longueur du cordon semblerait jouer un rôle assez important et on serait tenté de donner à ce facteur une place prépondérante dans les causes des procidences.

Nous avons, en effet, trouvé 15 cas dans lesquels elle dépassait la normale. Dans 6 de ces cas, elle dépassait 65 centimètres ; dans trois, elle atteignait 70 centimètres ; dans deux, elle en atteignait 75 ; dans un cas, 85 et dans un autre 90.

Par contre, un certain nombre de cordons ont été procidents bien que n'atteignant pas 50 centimètres de longueur ; nous en trouvons même un qui n'a que 45 centimè-

tres, un autre 38 et un troisième 34. Perrossier en a signalé un de 30 centimètres seulement.

Ces dernières mensurations, on le voit, nous interdisent d'accorder à la longueur du cordon une importance qu'elle ne mérite pas. Elles nous autorisent même à partager l'opinion de Nœgelé : « Le cordon est toujours assez long pour prolaber, et s'il ne prolabe pas toujours, c'est que les vraies causes de la procidence n'existent pas.

B. *Volume*. — Nous devons mentionner que dans trois observations le cordon présentait de volumineuses nodosités, dont quelques-unes atteignaient la grosseur du pouce et doubleraient ainsi le volume du cordon qui était déjà supérieur à la normale.

Un seul cas (obs. IX) nous offrait des circulaires. Guérin-Valmade en a cité également un cas, sur 22 procidences et Perrossier, un sur 93.

Nous n'avons pas constaté de nœuds à la tige funiculaire.

C. *Insertion vicieuse*. — La procidence du cordon peut être favorisée par son insertion latérale, marginale ou vélamenteuse. Ces situations, le rapprochant en effet de l'orifice utérin, associées à une insertion du placenta sur le segment inférieur, ont même fait dire à Pinard et à Porak que, dans ce cas, la procidence est presque fatale.

Sur nos vingt-six observations, dix mentionnent une insertion latérale du cordon et trois une insertion marginale, c'est-à-dire, au total, treize insertions vicieuses sur vingt-six, soit 50 p. 100.

3° *Fœtus*. — Il peut présenter des variations au point de vue dimensions, nombre, présentation.

A. *Disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du canal utéro-pelvien*. — Etant admis que le poids moyen normal d'un fœtus à terme est de 3 kilos à 3 kil. 500,

celui qui dépassera 3 kil. 500 sera considéré comme supérieur à la normale, l'enfant sera dit gros, et très gros celui qui pèsera plus de 4 kilôs.

Or, nous ne relevons que trois cas dans lesquels le fœtus était gros; nous trouvons 3 kil. 800, 3 kil. 950, 3 kil. 800 et trois cas également dans lesquels il était très gros et atteignait 4 kil. 330, 4 kil. 300 et 4 kil. 040.

La petitesse du fœtus a été relevée par nous dans cinq cas. Une fois le poids est descendu jusqu'à 1 kil. 350.

A côté de la petitesse, on a placé la macération. Nous n'en avons trouvé qu'un seul exemple. Avant nous, Perrossier en avait signalé un cas sur 123 observations.

B. *Présentations.* — Les présentations de nos ving-six procidences se répartissent ainsi:

Sommet 20, siège 2, épaule 3, face 1.

Soit un total de six présentations vicieuses, ce qui est assez peu, en comparaison des résultats fournis par le tableau suivant publié par *Montpellier Médical* (1902):

Statistiques	Nombre de cas	Sièges	Epaules	Faces	Total des pr. vicieuses
Marcorelle	71	19	15	1	35
Varnier	27	6	5	0	11
Gibory	74	20	11	0	31
Perrossier	93	20	8	1	29
Guérin-Valmade	22	10	2	0	12
Totaux	287	75	41	2	118

Plus récemment, Mlle Kanewsky donnait (1911), pour la clinique Tarnier: sur 220 cas, 153 présentations du sommet, 67 présentations vicieuses dont 40 sièges, 24 épaules et 3 faces.

Ces présentations vicieuses favorisent la procidence parce que le segment inférieur ne se moule pas d'une ma-

nière suffisamment exacte sur les formes irrégulières du fœtus et laissent des espaces libres dans lesquels la tige funiculaire peut se glisser avec facilité.

C. *Procidences complexes*. — Par le même mécanisme et grâce aux mêmes causes, les membres fœtaux peuvent également se glisser en avant de la présentation, à côté du cordon.

Nous relatons, en effet, six cas de procidence du cordon compliquée de celle d'un membre. Quatre fois c'était un bras et deux fois il s'agissait d'un pied.

Varnier, dans la statistique de la Maternité de Lariboisière, trouvait une procidence compliquée sur cinq; Gibory dans celle de la clinique Baudeloque, un sur quatre; Perrossier, à la même clinique, et ultérieurement, un sur cinq; Mlle Kanewsky, à la clinique Tarnier, vingt-cinq sur deux cent vingt.

D. *Procidences antérieures*. — Bien qu'il soit courant de dire que les mêmes causes produisent souvent les mêmes effets, nous n'avons pu trouver, parmi nos vingt-six observations, qu'un seul cas où soit signalée une procidence antérieure. Il nous est cependant permis de penser qu'il en existe davantage, et si nous ne les retrouvons pas, c'est que la plupart des accouchements antérieurs avaient eu lieu ailleurs qu'à la Maternité.

Gibory n'en cite également qu'un seul cas sur soixante-quatorze observations; et Perrossier, un seul cas sur quatre-vingt-treize.

E. *Gemellité*. — Enfin, à côté des différentes causes touchant au contenu utérin, et plus spécialement au fœtus, on a rangé la gemellité comme devant causer la procidence par suite de la surdistension de l'œuf et de l'absence d'engagement.

Jamais nous n'avons rencontré ce cas. Gibory l'avait

noté quatre fois sur 74 procidences, Perrossier sept fois sur 93, et Kanewsky, douze fois sur 220.

Coup d'œil d'ensemble sur les causes de nos procidences

Cette première partie de notre travail, ou plus exactement ce premier chapitre, dans lequel nous n'avons fait qu'assigner à chacune des causes de nos procidences leur importance respective, se résume donc ainsi :

Sur nos vingt-six cas, nous avons rencontré :

1° *La viciation du canal utéro-pelvien :*

par une tumeur.....	1 fois
par insertion vicieuse du placenta.....	2 —
par viciation du bassin.....	8 —
par grande multiparité.....	9 —

2° *Du côté de l'œuf :*

l'hydramnios	6 fois
la longueur exagérée du cordon.....	15 —
ses circulaires	1 —
ses nodosités	3 —
son insertion vicieuse.....	13 —
le volume exagéré du fœtus.....	3 —
sa petitesse	5 —
sa macération	1 —
sa présentation vicieuse.....	6 —

se répartissant ainsi :

Sièges	2 fois
Epaules	3 —
Faces	1 —
une procidence complexe.....	6 fois
une procidence antérieure.....	1 —

Et nous devons ajouter que, pour la plupart de nos cas, il n'existe pas une cause déterminante unique, à l'exclusion de toutes les autres, mais que bien souvent, au contraire, plusieurs causes favorisantes se sont plus ou moins étroitement unies pour provoquer la procidence.

CHAPITRE II

MÉCANISME DE CES PROCIDENCES

Dans le chapitre précédent, nous n'avons fait que noter pour chaque cause susceptible de favoriser les procidences la fréquence avec laquelle nous l'avons rencontrée, mais il ne suffit pas que l'une quelconque de ces causes existe pour que fatalement se produise une procidence.

Pour qu'il y ait procidence, il faut souvent qu'un mécanisme favorisant intervienne, et c'est ce mécanisme actif que nous allons noter maintenant pour les cas qui nous occupent.

1° *Rupture prématurée des membranes.* — Pour M. Varnier, la procidence est produite par le « flot de l'eau qui entraîne avec la plus grande facilité le cordon ombilical ou un membre du fœtus dans les cas même où rien n'en avait auparavant annoncé la présence au-dessous de la tête ».

En ce qui nous concerne, nous avons relevé quinze cas de rupture prématurée de la poche des eaux, dont six de rupture artificielle et neuf de rupture spontanée.

C'est le mécanisme le plus fréquent. Lors de la rupture des membranes, artificielle ou spontanée, si le liquide fait issue avec violence, il entraîne le cordon.

2° *Forceps.* — Dans l'une de nos observations, une tentative infructueuse d'application de forceps a peut-être été la seule cause efficiente de la procidence. Celle-ci, en effet,

ne s'est révélée qu'au cours d'un second essai d'application alors qu'une première tentative avait échoué.

Perrossier en rapporte deux cas du même genre, dans la statistique de la clinique Baudelocque.

3° *Version par manœuvres externes.* — La version par manœuvres externes semble avoir joué un rôle dans une de nos observations. Le cordon et un membre fœtal firent procidence après que la présentation de l'épaule eut été transformée en un sommet.

Perrossier cite cinq tentatives de version par manœuvres externes, ayant précédé de très peu de temps une procidence du cordon et Gibory en cite neuf cas.

4° *Ballon de Champetier.* — On a signalé le ballon de Champetier, de Ribes, comme ayant été une cause efficiente de procidences. Nous n'en trouvons aucun exemple dans nos observations.

DEUXIÈME PARTIE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

I. — PRONOSTIC

La procidence du cordon ne comporte pas de pronostic sérieux pour la mère si les interventions qu'elle nécessite sont faites avec les précautions d'asepsie voulues et nous n'avons aucun cas de mort à enregistrer du côté maternel.

Il n'en est pas de même pour l'enfant et tous les auteurs s'accordent à considérer la procidence du cordon comme une des plus graves complications qui puissent menacer la vie de l'enfant au cours du travail.

En ce qui nous concerne, nous enregistrons onze cas de mort du fœtus sur vingt-six procidentes.

Pour Stoltz, cette mortalité est de 52 sur 56 procidences; pour Depaul, 67 p. 100; Tarnier, 34 p. 100; Varnier, 25 p. 100; Perrossier, 36 p. 100.

Relativement aux présentations, notre statistique donne les résultats suivants:

Morts. — Epaule, 3; siège, 0; face, 0; sommet, 8.

Vivants. — Epaule, 0; siège, 2; face, 1; sommet, 12.

Les recherches faites à la clinique Tarnier, de 1870 à 1910, donnent les chiffres suivants:

Morts. — Epaule, 16; siège, 22; face, 2; sommet, 62.

Vivants. — Epaule, 8; siège, 18; face, 1; sommet, 53.

Soit 40 enfants morts sur 67 présentations vicieuses, soit 59 p. 100.

II. — TRAITEMENT

Nous abordons ici le côté vraiment pratique de la question.

Une procidence du cordon réclame-t-elle toujours un traitement? Nous verrons qu'elle n'est pas incompatible de façon absolue avec un accouchement spontané et enfant vivant (obs. I) mais, d'autre part, nous pouvons affirmer que ce n'est là qu'une exception et que cette cause de dystocie abandonnée à elle-même se termine presque toujours par une catastrophe au point de vue fœtal.

On conçoit alors que les chercheurs se soient mis à l'œuvre, et ceci va nous conduire à jeter un rapide coup d'œil d'ensemble sur ce véritable « travail des Danaïdes » qu'est le chapitre encombré du traitement de la procidence du cordon.

Mais, auparavant, voyons d'abord les huit cas qui furent abandonnés à eux-mêmes :

1° Une seule fois l'accouchement fut spontané et se termina par la naissance d'un enfant vivant.

OBSERVATION PREMIÈRE

Madame X..., 20 ans, primipare.

Bassin normal.

Début de travail le 6 janvier 1908, à 5 heures du matin.

Dilatation complète, le même jour, à 11 heures.

Rupture artificielle des membranes à 11 h. 15, procidence du cordon ombilical.

Expulsion d'un enfant en état de mort apparente et qui a été rapidement ranimé. Il pèse 3 kil. 100, c'est un garçon.

Longueur du cordon : 0 m. 70 .

2° Sept fois l'accouchement fut livré à lui-même et l'enfant mourut avant même que la mère ne fut entrée à la Maternité.

Dans quatre cas, il y eut expulsion spontanée du fœtus.

Dans les trois derniers, on dut avoir recours à l'extraction soit par embryotomie, soit par basiotripsie.

La mort du fœtus, on le voit, peut donc être considérée comme la règle lorsqu'on n'intervient pas pour rétablir la circulation dans le cordon ombilical comprimé.

Par suite, s'inspirant uniquement des conditions qui entraînent la mort du fœtus, le traitement mis en œuvre devra suivre nécessairement les deux indications suivantes :

1° Supprimer la cause de compression ;

2° Extraire au plus vite l'enfant menacé d'asphyxie.

Ces deux indications conduisent, d'une part, à la réduction de la procidence ; de l'autre, à l'extraction rapide du fœtus.

I. — RÉDUCTION DE LA PROCIDENCE

Deux modes d'intervention ont été tour à tour employés :

1° La réduction instrumentale au moyen de porte-cordons ;

2° La réduction manuelle.

Le grand nombre d'instruments inventés pour refouler le cordon dans la cavité utérine, s'explique par la difficulté qu'on éprouve à retirer l'instrument sans entraîner à nou-

veau l'anse réduite. La lyre de Hyernaux, l'omphalosoter de Schœller, la sonde de Dudan ne sont plus employés.

En fait, ces instruments réduisent bien toutes les procidences, mais ils ne les empêchent en général pas de se produire et leur introduction dans l'utérus peut blesser le fœtus, léser le placenta et provoquer des hémorragies graves; perforer la paroi utérine et provoquer des désastres. Quelques-uns d'entre eux même sont des portes d'entrée redoutables aux agents d'infection.

De plus, ils apportent de la gêne au travail, car souvent il est impossible de les retirer avant l'accouchement.

On use volontiers actuellement d'un rétropulseur, facile à constituer extemporanément à l'aide d'une sonde en gomme dans laquelle on fera passer un fil (Tarnier, Braun, Budin), ou même d'une sonde en caoutchouc rendue rigide par l'introduction d'un mandrin (Bar). On fixe le cordon à l'œil de la sonde à l'aide d'un lien et on refoule sonde et cordon le plus haut possible. On retire ensuite le mandrin, et on laisse la sonde en place. Comme elle est flexible elle ne gênera en rien l'accouchement.

A la Maternité de Rennes, nous ne retrouvons parmi nos observations, aucun cas dans lequel on ait fait usage de ces instruments.

La main, de son côté, peut être employée pour réduire la procidence tout aussi bien, en principe du moins, lorsque la poche des eaux est rompue que lorsqu'elle ne l'est pas.

Elle est même considérée par le professeur Pinard comme étant la méthode de choix, et, cependant, dans une statistique de la Clinique Baudelocque, de 1890 à 1904, sur 152 essais de rétropulsion manuelle, il fut enregistré 28 insuccès et 27 cas de mort de l'enfant en cas de succès.

La main, en effet, ne peut que refouler au fond de l'utérus le cordon et l'accrocher à l'un des membres du fœtus.

Or, il est bien difficile de lui faire garder longtemps sa position sur une partie fœtale aussi mobile.

De plus, lorsque la main se retire, il arrive fréquemment que le cordon prolabe à nouveau, ce qui montre bien l'imperfection de la méthode.

Toutes ces manœuvres enfin supposent un col dilaté. S'il ne l'est pas ou s'il ne l'est que très peu, on peut employer deux doigts pour dilater l'orifice cervical, puis pour refouler le cordon au-delà de la partie qui se présente en s'aidant de la main libre appliquée sur le ventre. Mais cette manœuvre est difficile à réaliser et de plus cela pourrait entraîner souvent le cordon qu'on veut justement refouler.

Il serait alors peut-être préférable de tenter la manœuvre employée par Budin et qui consiste à introduire l'index et le médius et à les maintenir en place de chaque côté du cordon. Ce dernier est décomprimé et, par suite, il peut y avoir réapparition de la circulation intra-funiculaire alors même que par le toucher vaginal on ne perçoit déjà plus de battements.

Tarnier rapporte ainsi un cas dans lequel Budin, arrivant près d'une secondipare dont les membranes venaient de se rompre, trouva, dans le vagin, un cordon dépourvu de battements et ne constata, à l'auscultation, aucun bruit du cœur fœtal. Il plaça deux doigts de chaque côté du cordon, souleva la tête et sentit peu à peu revenir les battements dans le cordon. Après avoir tenté en vain la réduction, il procéda alors à la dilatation progressive et à trois reprises il constata la disparition des battements du cordon et ceux du cœur fœtal qui reparurent grâce au même procédé. Après trois heures de manœuvres, on pratiqua la version podalique, car l'enfant était de nouveau compromis et il put être extrait vivant.

Nous n'avons relevé aucun cas dans lequel ce procédé ait été employé, mais l'observation suivante indique que l'on a fait une fois usage de la réduction manuelle. Elle fut suivie de succès.

Réduction manuelle, enfant vivant, un cas

OBSERVATION IX

X..., 24 ans, journalière, III^e paré. Bassin normal.

H. U. : 34.

Début du travail à 2 heures du matin, le 19 septembre 1911. Rupture de la poche des eaux spontanée, tempestive à 2 h. 30; liquide amniotique abondant.

Présentation du siège avec procidence du cordon et du pied droit.

Réduction manuelle de cette procidence du cordon et maintien de cette réduction.

Expulsion du fœtus par le siège à 4 heures du matin; extraction tête derrière par le Mauriceau.

Enfant vivant, du sexe masculin, pesant 4 kil. 330.

Délivrance naturelle et complète. Placenta pesant 650 grammes; cordon, 34 centimètres.

Enfin, à côté des réductions manuelles et instrumentales, on a préconisé l'emploi du ballon de Champetier; en le plaçant dans un col déjà dilaté, on accélérera la marche du travail et, indirectement, on décomprimera le cordon après avoir refoulé ce dernier ainsi que la présentation.

Mme Boyer, dans sa thèse du 30 mars 1892 soutient cette théorie. Mais des accoucheurs et Budin entre autres s'y opposent formellement: « Les ballons, disent-ils, se subs-

tituent à la tête fœtale et compriment l'anse procidente; c'est remplacer un mal par un mal ».

Nous n'en relevons ici aucun cas.

La question, on le voit, est fort complexe et semble difficile à résoudre: ou bien la réduction échoue souvent lorsqu'elle est praticable, ou bien elle est impraticable.

C'est pourquoi, devant l'inefficacité fréquente de la méthode, on a dû se tourner vers un autre *modus operandi*, et c'est alors que nous abordons la seconde indication générale indiquée plus haut: terminer l'accouchement le plus promptement possible.

II. — EXTRACTION RAPIDE DU FŒTUS

Le procédé qui paraît offrir les avantages les plus sérieux est la version par manœuvres internes.

D'abord, dès le début de l'intervention, le cordon qui, au moment de la recherche du pied, a été refoulé au fond de l'utérus, ne peut plus être comprimé par la partie fœtale qui vient s'engager au détroit supérieur, le siège en la circonstance. Il en serait d'ailleurs ainsi que les inconvénients seraient moindres, la consistance d'un siège étant moindre que celle d'un sommet.

Lorsqu'on exerce une traction sur les membres inférieurs abaissés, on obstrue ainsi le passage au cordon, et si l'enfant n'a pas trop souffert de la compression antérieure de son cordon, il a toutes chances de naître vivant; on se retrouve en effet en présence d'une version ordinaire où le cordon n'est pas en jeu.

La version permet, en outre, une fois l'abaissement d'un pied réalisé, de se servir de ce membre pour exercer sur le

col et le segment inférieur, une pression continue ayant pour effet de parfaire la dilatation complète de l'orifice cervical, remplaçant en cela la poche des eaux dont la rupture, spontanée ou artificielle, était nécessaire.

En résumé: si les conditions requises pour toute version par manœuvres internes sont réunies, c'est-à-dire si le col est dilaté ou dilatable, si la partie fœtale qui se présente n'est pas fixée au détroit supérieur, si l'utérus n'est pas rétracté sur le fœtus, si enfin le bassin est normal ou peu rétréci, la version doit être le procédé de choix dans le traitement de la procidence.

Et à l'appui de cette affirmation, nous fournissons les dix observations suivantes qui sont autant de succès à l'actif de la méthode en question.

Version par manœuvres internes, enfant vivant, dix cas

OBSERVATION X

X..., 29 ans, IIpare. Bassin semblant normal, mais promontoire accessible.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

Le 25 octobre 1908, à midi, la parturiente entre en travail.

Au toucher: col dilatable à 2 francs. Au travers de la poche des eaux, il est facile de sentir le cordon et un bras qui font procidence. L'enfant se présente en O. I. G. A.

Jusqu'à 4 h. 30, le travail marche normalement la dilatation est complète. Le bras et le cordon faisant toujours procidence, on se décide à intervenir.

Anesthésie au chloroforme; rupture de la poche des eaux, saisie immédiate du pied antérieur.

Le cordon présente de nombreuses circulaires autour des jambes, du corps et du cou.

L'extraction se fait facilement jusqu'au dégagement des épaules, mais l'un des bras, relevé, est difficile à dégager; il se fracture. Manœuvre de Mauriceau pour terminer.

L'enfant est vivant; il pèse 3 kilos.

OBSERVATION XI

X..., 35 ans, Vpare.

Les quatre premiers accouchements ont été spontanés, à terme; les enfants sont nés vivants.

Squelette normal, Pr. So. P.: 12-H. U.: 33.

Début du travail, le 26 février 1910, à 8 heures du soir.

Au palper, le sommet est très élevé au-dessus du détroit. supérieur et très mobile.

Le fœtus se présente en O. I. G. Les bruits du cœur sont bons.

A minuit, les contractions reviennent seulement toutes les demi-heures et sont peu intenses. La partie fœtale n'est pas descendue.

Le 27, à 10 h. 30, le sommet n'est pas encore engagé; le palper mensurateur indique cependant qu'il n'y a pas disproportion.

Au toucher, dilatation complète, poche des eaux volumineuse, tendue au moment des contractions et descendant jusqu'au plancher périnéal.

Rupture manuelle de la poche des eaux à 10 h. 30. On modère l'écoulement du liquide, mais malgré cette précaution il se produit une procidence du cordon qu'on ne parvient à refouler qu'avec peine et imparfaitement.

Pour éviter que sa compression n'entraîne la mort du fœtus, on pratique immédiatement une version par manœuvres internes, opération qui s'effectue rapidement et sans incidents.

L'enfant est vivant; il pèse 3 kil. 800. Délivrance naturelle et complète. Placenta normal, pesant 560 grammes. Cordon, insertion centrale, mesurant 69 centimètres.

OBSERVATION XII

IV^{pare}.

Squelette: nombreux signes de rachitisme; bassin rétréci; ventre en besace.

Début de travail à la campagne, le 29 juin 1906.

Dans la nuit du 29 au 30, un médecin rompt la poche des eaux.

Le 30 juin, à 9 heures du soir, entrée de la femme à la Maternité.

Examen. — Au toucher, on trouve une procidence d'un bras et du cordon dont on perçoit nettement les battements.

A 9 h. 30, dilatation complète.

Après mise en place d'un lacs sur le bras, on fait une version podalique; saisie du pied antérieur, évolution du fœtus, extraction facile des membres inférieurs et du tronc. L'abaissement des bras est aisé, l'introduction des doigts dans la bouche pour le Mauriceau est un peu pénible, par suite de la rotation de la face en avant.

Enfant vivant pesant 3 kil. 450.

OBSERVATION XIII

36 ans, IIpare.

H. U.: 34. Taille, 1 m. 32. Nombreux stigmates de rachitisme. Pr. So. P.: 10,4.

Début du travail, à 4 heures du matin, le 15 mai 1907. Dilatation complète à 1 h. 30 de l'après-midi. Rupture spontanée tempestive des membranes.

La tête est encore très élevée au-dessus du détroit supérieur et très mobile. Procidence du cordon; les bruits du cœur fœtal sont ralentis et s'entendent à peine. Version par manœuvres internes, à 1 h. 45.

L'enfant naît étonné; il pèse 3 kil. 130.

Délivrance naturelle et complète à 1 h. 50. Cordon, insertion latérale, longueur: 50 centimètres.

OBSERVATION XIV

38 ans, VIpare.

Bassin rétréci: Pr. So. P.: 10,8.

Début du travail, le 3 mars 1906, à midi.

Dilatation complète à 5 heures du soir, le 4 mars. Présentation du sommet en O. I. D. P.

La partie fœtale qui se présente est encore très élevée; les bruits du cœur sont bons.

A 5 h. 15, étant donné le non-engagement, on rompt artificiellement les membranes. Liquide amniotique très abondant.

La main laissée dans le vagin n'empêche pas une procidence de se produire.

On prévient alors M. le docteur Marquis, lequel pratique une version par manœuvres internes, donnant naissance à un enfant vivant du sexe masculin, pesant 3 kil. 150 et qui crie immédiatement.

Délivrance naturelle et complète 25 minutes après. Placenta pesant 420 grammes. Cordon, insertion latérale, longueur : 50 centimètres.

OBSERVATION XV

24 ans, domestique, IIpare.

Paroi abdominale faible ; éventration ; bassin normal.

Début du travail, le 21 mars 1906, à 6 heures du matin.

A 10 heures, dilatation de 5 fr., poche des eaux rompue, procidence du cordon ; le col est très dilatable, on pratique alors une version par manœuvres internes et, en quelques minutes, on extrait un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 3 kil. 950.

Délivrance naturelle et complète. Cordon, insertion latérale, longueur : 70 centimètres.

OBSERVATION XVI

24 ans, ouvrière, IIpare.

Bassin normal.

Début du travail, le 19 février 1908, à 3 heures du matin. Jusqu'à 11 heures, les contractions utérines sont efficaces et régulières.

A partir de cette heure, les contractions s'espacent et un

toucher, pratiqué à 4 heures de l'après-midi, montre que la tête fœtale est dans la même position qu'à 11 heures du matin, c'est-à-dire en O. I. G. P., un peu au-dessous du détroit supérieur. À 5 h. 30, les bruits du cœur fœtal se ralentissent. On téléphone à M. le professeur Véron et on fait préparer un forceps.

Au moment d'appliquer le forceps, on constate que le liquide amniotique est teinté de vert. La prise en O. I. G. P. ne donne pas de résultats, malgré d'énergiques tractions.

Le forceps dérape, et au moment de sa réapplication, on constate une procidence du cordon.

Introduction immédiate de la main dans l'utérus et recherche d'un pied. La version s'achève rapidement et sans difficultés, donnant naissance à un enfant vivant du sexe masculin, pesant 3 kil. 800, mais qu'on doit ranimer.

Délivrance naturelle et complète. Cordon, insertion latérale; longueur: 85 centimètres.

OBSERVATION XVII

46 ans, ménagère, primipare.

H. U.: 23; Pr. So. P.: 11,6.

Descend à la salle de travail, le 17 janvier à 11 heures du matin.

Rupture spontanée tempestive des membranes, à 2 heures du soir, le même jour; liquide amniotique normal.

À 4 h. 30, le toucher indique une présentation de la face, la dilatation étant d'environ une paume de main.

À 5 h. 30, l'interne de service ayant constaté une procidence du cordon, pratique une version podalique donnant

naissance à un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 1 kil. 370. L'enfant, né étonné, pousse son premier cri, trois minutes plus tard.

Délivrance naturelle et complète. Cordon, longueur: 38 centimètres, insertion latérale.

OBSERVATION XVIII

24 ans, domestique, IVpare.

Le 13 août 1912, H. U.: 29. Présentation transversale. Squelette paraît normal.

Début du travail, le 19 août 1912, à 2 heures du soir. Rupture spontanée précoce de la poche des eaux, à 3 h. 30.

A 5 h. 30, l'interne pratique le toucher et constate qu'un bras et le cordon font procidence. Il pratique la version immédiate en terminant par le Mauriceau.

L'enfant naît étonné ; après quelques manœuvres, il pousse son premier cri. C'est un garçon du poids de 3 kil. 400.

OBSERVATION XIX

(Personnelle).

31 ans, ménagère, IVpare.

Première grossesse à l'âge de 26 ans, terminée par un accouchement dystocique; forceps; enfant mort-né. Deuxième grossesse, à l'âge de 29 ans, terminée par un accouchement dystocique; forceps, enfant mort-né. Troisième grossesse, à l'âge de 30 ans, terminée par un accouchement prématuré, provoqué à huit mois, le 22 décembre 1911, d'un enfant du sexe masculin, actuellement vivant et bien portant. Quatrième grossesse: G. A.

Dernières règles, du 16 au 18 août 1913. T. P., fin mai 1914. Age de la grossesse à l'entrée dans le service: 8 mois et demi environ.

Squelette: ectrodactylie; voûte palatine ogivale; mauvaise dentition; bassin rétréci.

Début du travail, à la campagne, dans la nuit du 5 au 6 mai 1914.

Le 6 mai, au matin, un docteur appelé constate une pro-cidence du cordon; la poche des eaux est rompue, les contractions utérines sont très espacées.

A midi, on apporte la femme à la Maternité. Les contractions utérines sont très faibles et très espacées; une anse du cordon pend à la vulve, les bruits du cœur fœtal s'entendent encore, mais ils sont très faibles et ralentis.

Toilette vulvo-vaginale. Anesthésie à l'éther avec l'appareil d'Ombrédanne. M. le professeur Véron pratique le toucher et, trouvant une dilatation d'une paume de main, il pratique immédiatement une version par manœuvres internes. Il extrait rapidement un enfant du sexe féminin en état d'asphyxie bleue.

Après quelques manœuvres de Sylvester, un bain sinapisé, des frictions à l'alcool, on ranime l'enfant. Il pèse 2 kil. 920.

Par expression et tractions combinées, on extrait le placenta et on donne une injection intra-utérine iodée.

Deux points de suture au périnée.

Cordon: insertion centrale; longueur: 0 m. 65, volume du pouce, présente de grosses nodosités.

A 15 heures, la température de la mère est à 38°6, le pouls à 120. Le lendemain et les jours suivants: température au voisinage de 37; pouls entre 80 et 88. Suites de couches physiologiques.

Date de la sortie: 16 mai 1914; état de la mère: bon; état de l'enfant: bon.

Dans ce chapitre des extractions rapides, nous ajouterons l'observation suivante, où il s'agit de l'extraction d'un siège complet, terminée par la naissance d'un enfant vivant.

OBSERVATION XX

19 ans, domestique de ferme, primipare.

Bassin rétréci. H. U.: 32; partie fœtale élevée (siège), non engagée, dos à droite.

Début du travail le 31 août 1910. Rupture spontanée, tempestive des membranes à 6 heures du matin, le 3 septembre, liquide amniotique normal. Peu après la rupture des membranes, on constate qu'une anse du cordon est procidente et s'échappe de l'orifice vulvaire.

L'interne, prévenu, procède aussitôt à l'extraction de l'enfant. Le siège est complet, on attire les deux pieds et l'accouchement se termine rapidement par la naissance d'un enfant vivant du sexe masculin, pesant 2 kil. 730.

Délivrance naturelle et complète. Cordon: insertion latérale; longueur: 75 centimètres, présentant plusieurs nodosités.

Quant aux inconvénients de la version podalique ils sont ici les mêmes que partout ailleurs. L'enfant qui a souffert de la compression, plus ou moins prolongée, de son cordon, sera peut-être moins apte à supporter une intervention, si minime soit-elle, que celui dont la circulation n'aura jamais été entravée.

De plus, l'extraction de la tête dernière nécessitant une

manœuvre de Mauriceau pénible et une manœuvre de Champetier dans les bassins limite ou lorsqu'elle est un peu grosse sera une nouvelle cause de mort pour le fœtus déjà fatigué. Quelquefois, enfin, une application de forceps sur la tête dernière est nécessaire pour achever l'extraction.

Sur les quatorze versions effectuées à la Maternité, quatre fois seulement le fœtus a été extrait mort, et, comme on le verra par les observations qui suivent, dans deux cas il y eut application de forceps sur tête dernière; dans un cas, le temps qui s'écoula entre la production de la procidence et l'intervention fut de trop longue durée; dans le dernier enfin, l'enfant avait succombé avant le début de l'intervention.

Version par manœuvres internes, enfant mort, quatre cas

OBSERVATION XXI

31 ans, domestique de ferme, Hpare.

Bassin rétréci; D. U.: 9 centimètres. Présentation du sommet.

Début du travail, le 8 mai 1909, à midi. Rupture spontanée prématurée des membranes. Liquide amniotique abondant. Au moment de la rupture de la poche des eaux, il se produit une procidence du cordon.

Tentatives de réduction manuelle infructueuses; les battements s'affaiblissent de plus en plus. Le col est très dilatable; on pratique immédiatement une version par manœuvres internes. L'enfant est gros, se dégage lentement et on

doit faire une application de forceps sur tête dernière.

Enfant mort, pesant 4 kil. 040. Délivrance naturelle et complète. Cordon, insertion marginale; longueur: 58 centimètres; nombreuses nodosités sessiles.

OBSERVATION XXII

18 ans, domestique, primipare.

Entre à la salle de travail, à 2 heures du matin, le 2 mai 1906, dans le neuvième mois de sa grossesse.

Squelette normal; H. U.: 30. Présentation du sommet.

A 9 heures, la dilatation étant complète, on rompt la poche des eaux; liquide amniotique normal.

A 9 h. 45, signes de souffrance du fœtus. Une procidence du cordon est constatée. On fait une version par manœuvres internes; extraction d'un enfant mort pesant 2 kil. 650. Délivrance naturelle et complète. Cordon: insertion vélamenteuse; longueur: 75 centimètres.

OBSERVATION XXIII

27 ans, IIpare.

Squelette normal, engagement effectué en O. I. G. A.

Le 7 janvier, à 8 h. 30 du soir, la parturiente entre à la Maternité. Elle a perdu ses eaux depuis une demi-heure; le col est entr'ouvert et non dilaté.

A 9 h. 15, à la suite d'efforts pour rendre un lavement, la femme constate qu'une anse de cordon s'échappe par l'orifice vulvaire.

Le toucher, pratiqué à nouveau, montre un col très dur,

avec une dilatation d'environ 2 francs. Devant l'impossibilité d'intervenir, on attend la dilatation.

A 10 h. 30, le cœur du fœtus battant toujours, M. le professeur Véron introduit une main dans l'utérus et tente en vain une application de forceps. Il pratique alors une version par manœuvres internes. L'extraction des épaules est suivie de l'expulsion du placenta qui sort en même temps que la tête (prævia latéral).

L'enfant n'a pu être ranimé. Il présentait un frontal en forme de carène, la partie médiane étant très proéminente et les parties latérales très aplaties, conformation qui pourrait expliquer la longue résistance du fœtus (de 9 h. 15 à 10 h. 30), malgré cette procidence du cordon et présentation du sommet engagée.

Cordon, insertion centrale; longueur: 65 centimètres.

OBSERVATION XXIV

26 ans, primipare.

Bassin rétréci. H. U.: 30; présentation du sommet en O. I. G. T.

Descend à la salle de travail, le 5 juin 1906, à 7 heures du soir, avec une dilatation de 1 franc, poche des eaux intacte, partie fœtale élevée.

A minuit 30, le 6 juin, rupture spontanée des membranes, écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique donnant lieu à une procidence du cordon. On essaie en vain de réduire la procidence en refoulant le cordon avec la main.

A l'auscultation, on ne perçoit plus les bruits du cœur fœtal. Prévenu aussitôt, M. Véron arrive et pratique une

version par manœuvres internes donnant naissance à un enfant mort, du poids de 3 kil. 300.

Délivrance naturelle et complète. Cordon, insertion latérale; longueur: 90 centimètres.

Ces insuccès, on le voit, sont imputables, non pas à la méthode d'extraction, mais bien aux attermoiements, au temps perdu dans des tentatives malheureuses de réduction ou d'application de forceps.

La version par manœuvres internes apparaît donc, par sa bénignité même, comme l'intervention de choix pour traiter avec succès la procidence du cordon pendant l'accouchement où la partie qui se présente n'est pas encore engagée.

Mais, dans le cas où la tête est profondément engagée, il est très difficile de réduire la procidence et la version par manœuvres internes présente les plus grandes difficultés ou même est, le plus souvent, impossible.

Dans ce cas, le seul procédé d'extraction rapide consistera en une application de forceps, au cours de laquelle on devra particulièrement éviter de pincer le cordon entre les cuillers et la tête fœtale, incident qui, s'il se produisait, aurait pour résultat d'amener la mort certaine du fœtus par suite de l'interruption de la circulation funiculaire.

Deux fois, pendant la période sur laquelle ont porté nos recherches, l'accouchement s'est terminé par une application de forceps avec extraction d'un enfant vivant.

Nous noterons, enfin, pour terminer ce chapitre du traitement de la procidence, que, devant le manque d'infaillibilité des méthodes précédentes, quelques accoucheurs ont cherché à extraire le fœtus par la voie abdominale.

Les rares opérations césariennes tentées dans ces conditions, ont donné lieu à des succès et à des insuccès, tout comme les procédés antérieurement employés.

Pour notre part, nous n'en avons aucun cas à signaler.

CONCLUSIONS

De notre modeste travail, ainsi d'ailleurs que des diverses études qui l'ont précédé sur le même sujet, il découle qu'en présence d'une parturiente dont le travail vient à se compliquer d'une procidence du cordon, le procédé de choix est la terminaison rapide de l'accouchement.

Si la poche des eaux est rompue, la dilatation suffisante et la présentation non engagée, le procédé de choix consiste à extraire rapidement le fœtus par la version par manœuvres internes dans les présentations du sommet, de la face et de l'épaule ; par traction simple dans la présentation du siège.

On réservera seulement le forceps pour les cas où les tentatives de réduction de la procidence ont échoué et où la version n'est pas praticable.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 1^{er} juillet 1919.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 1^{er} juillet 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ARMANGAUD. — De la procid. du cord. omb. pendant l'accouchement. Thèse Paris, 1858.

BAR. — Journal des sages-femmes, p. 161, 1896.

BOUQUILLON. — Thèse Paris, 1871.

BOYER. — Thèse Paris, 1892.

BRAXTON-HICKS. — Reposit. of the prolaps. fun. omb. Obs. Journ. Gr. Brit. Lond., III, p. 84, 1875.

BUDIN. — Journal des sages-femmes, p. 177, 1900, et p. 193, 1903.

CRUSE. — De prolapsu funiculi umbilicalis. Dorpet, 1840.

DESVAUX. — Thèse, Paris, 1900.

DELAVIGNE. — Thèse, Paris, 1852.

DESOURIAU. — Thèse, Paris, 1866.

FAVEREAU. — Thèse, Paris, 1823.

GABORY. — Thèse, Paris, 1910.

GALLOT. — Thèse, Paris, 1905.

GIBORY. — Thèse, Paris, 1893.

GROZ. — Thèse, Lyon, 1902.

GUÉRIN-VALMADE et GUIRAUDEN. — Nouveau Montpellier Médical, 1902, p. 14 et 15.

HIRSCHFELD. — De funic. umbil. prolapsus, 1864.

HUBERT. — Nouveaux refouloirs du cordon ombil. Louvain, 1876.

JAMIN. — Thèse, Lyon, 1896.

KANEWSKY. — Thèse, Paris, 1911.

- LABELLE. — Thèse, Paris, 1904.
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements, t. III, 9^e mémoire, 1825.
- LASKINE. — Thèse, Paris, 1890.
- LEBOVITZ. — Über den Vorf. der Nabelsch. bei Bekenendelage, Berlin, 1870.
- LEDÔ. — Thèse, Paris, 1857.
- MALL. — Thèse, Paris, 1865.
- MARCORELLES. — Thèse, Paris, 1870.
- MAZZONI. — Statist. ostétr. di Santa M. Nuova de Florence, 1833.
- NÆGELÉ. — De prolapsu funiculi umbilicalis, Heidelberg, 1839.
- NEVILLE. — (W.-C.). — The treatm. of present and prolapses of the funis. Dublin, J. M. Sc., 3^o 5, t. XXXII, p. 97, 1886.
- NEVEU. — Thèse, Paris, 1909.
- NICOLLS. — Prolapsu of the funis treat. success. by man repos. The Lancet, II, p. 569, 1888.
- PELLISSON. — Thèse, Paris, 1890.
- PÉRROSSIER. — Thèse, Paris, 1900.
- RABAINÉ. — Thèse, Paris, 1870.
- ROUVINET. — Thèse, Berne, 1837.
- SCHÆFER. — Beiträge zur Aetiologie und Therap. der Nabelschnur. vorf. bei Kopflagen. Griefswald, 1881.
- SCHULTER. — Zur therap. des Prolapsus funiculi umbilicalis, Helle, 1880.
- SCHURÉ. — Thèse, Strasburg, 1835.
- SOULAGE. — Thèse, Paris, 1863.
- TRIAIRE. — Gazette méd. du Centre, juillet 1897.
- WORTMANN. — Über den Vorf. der Nabels. Giessen, 1860.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
